

مقاله پژوهشی

ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر

راضیه السادات حسینی^۱، معصومه علیجانیپور اقا ملکی^۲، دکتر فریده باستانی^۳، سمیه صالح آبادی^۴، سیما قزلباش^۵

^۱ دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات عوامل روانی اجتماعی سالمندان و گروه آموزشی سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و خدمات توانبخشی، تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشیار ارتقا سلامت، دانشکده پرستاری مامایی، گروه پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۴ مرکز تحقیقات سلامت سالمندان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۵ مربی پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نشانی نویسنده مسئول: گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، دکتر فریده باستانی
E-mail: bastani.f@iums.ac.ir

وصول: ۹۳/۱/۱۵، اصلاح: ۹۳/۴/۲۶، پذیرش: ۹۳/۷/۵

چکیده

زمینه و هدف: ارایه مراقبت طولانی‌مدت به بیماران مبتلا به آلزایمر، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین همراه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام شد.

مواد و روشها: در این پژوهش مقطعی از نوع همبستگی، ۱۵۰ زن ۱۸ تا ۶۰ سال که از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم از سالمند مبتلا به آلزایمر را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند، با روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. جمع آوری داده ها در سال ۸۹ انجام گرفت. محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران بود. داده ها به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی جمع آوری گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از درصد فراوانی، و با در نظر گرفتن سطح معنا داری ۰/۰۵، آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون استفاده گردید.

یافته ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که ۳۸٪ مراقبت کنندگان در مرحله میانسالی (۶۰-۵۱ سال) بودند. ۷۵/۳٪ مراقبت کنندگان متأهل، ۷۲/۷٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۸۲٪ خانه دار، ۶۵/۳٪ سطح تحصیلاتی دیپلم و بالاتر و ۶۶٪ از نظر نسبت خویشاوندی، دختر سالمند مبتلا به آلزایمر بودند که ۲۴٪ مسؤولیت مراقبت از سالمند خود را برای مدت ۱۲-۶ ماه به عهده داشتند. همچنین یافته ها نشان داد که ۲۴٪ مراقبین سلامت عمومی مطلوب داشته و ۶۲٪ از مراقبین فشار بار مراقبتی بالایی را داشتند. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی همبستگی معکوس معناداری وجود دارد ($P=0/000$ ، $r=0/661$). یعنی با کاهش سلامت عمومی فشار بار مراقبتی افزایش می یابد و بر عکس.

نتیجه گیری: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در این مطالعه، سلامت مراقبین از سالمندان مبتلا به آلزایمر یک مسأله بهداشتی مهم است که نیازمند توجه از سوی حرفه های بهداشتی و ارایه کنندگان خدمات بهداشتی دارد.

واژه های کلیدی: سالمند، بیماری آلزایمر، مراقب، سلامت عمومی، فشار بار مراقبتی.

مقدمه

از آنجا که بیماران در جامعه نیازمند کمک مراقبین هستند، سلامت مراقب از اهمیت خاصی برخوردار است (۱). در دهه های اخیر مشخص شده است که بیماری آلزایمر، یک مسأله بزرگ بهداشتی و سلامتی متعاقب افزایش سن است که شیوع آن در جمعیت بالای ۶۵ سال در حدود ۳/۶٪ تا ۱۰/۳٪ است. ارایه مراقبت طولانی مدته بیماران مبتلا به آلزایمر، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین همراه است (۲). مطالعات نشان داده اند که ۶۰٪ از مراقبین، فشار روانی ناشی از مراقبت را به عنوان نتیجه ای از اعمال مختل اعضای خانواده، نبود توان مراقبت از بیمار، از کار افتادگی بیمار و نیاز به نظارت نزدیک بر روی بیمار، بیان کرده اند (۳). بر اساس آخرین اطلاعات به دست آمده از برخی کشورها از جمله اسپانیا، این گونه بیان شده است که بیش از ۸۴٪ از مراقبین غیر حرفه ای برای افراد وابسته را زنان تشکیل می دهند و فشار بار مراقبتی به وجود آمده، بروز مشکلات جسمی و روانی را افزایش داده و ظرفیت مراقب را برای مراقبت دادن تحت الشعاع قرار می دهد (۴). اغلب این افراد احساس می کنند که قدرت آنها برای کار کردن کم است و بیشتر اوقات خسته و ناتوان به نظر می رسند. سرردهای مکرر، تهوع، اختلال در خوابیدن و تغییر عادات مربوط به غذا خوردن نیز در این افراد وجود دارد. افسردگی، احساس درماندگی و احساس به دام افتادن در کار، بخشی از مشکلات هیجانی این افراد است (۵).

در میان مراقبین، زنان مهم ترین گروه، یعنی ۷۵ درصد مراقبین خانوادگی را به خود اختصاص می دهند (۶). اگرچه مراقبت از سالمند وظیفه تمامی اعضای خانواده است (۷)؛ ولیکن، اگر در خانواده هم پسر و هم دختر حضور داشته باشد، معمولاً دختران نقش مراقب اولیه را به عهده می گیرند و برای ایفای نقش های خود مجبور به از خودگذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و

بهبودی خود می باشند (۸). با توجه به چالش های زیادی که در زمینه ارایه مراقبت در منزل برای زنان وجود دارد، امر مراقبت با سایر مسؤولیتهایی چون نقش های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه داری تداخل یافته و منجر به احساس فرسودگی می شود که این امر موجب مستعد شدن فرد مراقب، در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن و مشکلات روانی می شود (۹).

در ایران نیز، جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می برند، به طوری که در دسترسی به آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی_درمانی و نیز بهره مندی از حقوق خود از وضعیت یکسانی بر خوردار نیستند. محققان ایرانی به این نتیجه رسیده اند که زنان در ایران از وضعیت مساعد سلامتی بر خوردار نیستند و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبودهای بدنی و آسیب های فیزیولوژیکی و روانی را تجربه می کنند (۱۰). کمبود اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان، پراکندگی پژوهش ها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت، برنامه ریزی و ارایه خدمات، محدودیت منابع و نیروی انسانی متخصص، از مشکلات اصلی توسعه سلامت در ایران می باشد. در بسیاری از موارد، وضعیت سلامت زنان، نتیجه عملکرد توأم فرایندهای متعدّد مدیریتی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است که منجر به ناتوانی زنان و محرومیت از حق سلامت آنها می شود (۱۱). نقش فعال پرستاری در آموزش بیمار و خانواده، درباره اداره و مراقبت بیماری مزمن به طور متداول، جزیی گمشده از پاسخ حرفه ای جامع و کل نگر نسبت به بیماری آلزایمر است (۱۲). علی رغم این که تحقیقات زیادی در زمینه مشکلات مراقبین و کمبود حمایت از ایشان انجام شده است؛ لیکن، هنوز در رابطه با وضعیت سلامت زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، مطالعه ای به درستی انجام نشده است. بی شک حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی هم به خاطر خود آنها و هم به خاطر سالمندی که تحت مراقبت این افراد

وجود دارد، ضروری می باشد (۱).

با توجه به اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آنها در توسعه همه جانبه کشور، اطلاع از سلامت زنان و فشار ناشی از مراقبت، می تواند مبنای برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های مناسب در جهت اصلاح وضعیت و پیشرفت زنان قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام گرفته است.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است. در آن متغیرهای سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر مورد سنجش قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل زنانی بود که بین ۱۸ تا ۶۰ سال سن داشته، از وابستگی درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم و نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند. همچنین توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم داشتن بیماری روانی و جسمی مزمن (به طوری که وابسته به مراقبت شخص ثالث باشند)، عدم سابقه مصرف دارو و مواد روان گردان و عدم اختلال شنوایی، نیز از دیگر معیارهای ورود به این پژوهش بود. جمع آوری اطلاعات در سال ۸۹ انجام گرفت. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۱۵۰ نفر برآورده شد. هدف از انجام مطالعه برای افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، توضیح داده شد. محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران واقع در شهر تهران بود. از روش نمونه گیری مستمر و مبتنی بر هدف استفاده شد. شرکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند حق خروج از تحقیق را داشتند و به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. پرسشنامه مشخصات فردی (آیتمی)، سلامت عمومی (GHQ-28) و فشار بار مراقبتی (۱۳ آیتمی) اجرا شد. پرسشنامه سلامت عمومی

توسط گلد برگ (۱۹۷۸) تهیه و در مطالعات ایرانی از آن استفاده شده است (۱۴، ۱۳). روایی و پایایی پرسشنامه فشار بار مراقبتی رایینسون نیز توسط محمدی (۱۳۸۵) به اثبات رسیده است (۹). برای پایایی هر دو پرسش نامه فوق در مطالعه حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۸۳٪ برآورد شد. نمره دهی پرسشنامه سلامت عمومی بر اساس مقیاس لیکرت است. به هر سؤال از راست به چپ، نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ تعلق می گیرد. در صورتی که مجموع نمرات بین ۰-۲۷ باشد، سلامت عمومی مطلوب، ۲۸-۵۵ سلامت تا حدی مطلوب و ۵۶-۸۴، سلامت عمومی نا مطلوب در نظر گرفته می شود (۱۵).

ابزار دیگر، شاخص سنجش "فشار مراقبتی" بود. این ابزار، بر اساس متون موجود و با محوریت ابزار سنجش فشار بار مراقبتی رایینسون ۱۹۸۳ توسط محمدی ساخته و در سال ۱۳۸۵ در مطالعه ای روی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر به کار گرفته شد. این ابزار ابعاد مختلف مفهوم فشار مراقبت را بر اساس آنچه که در تعریف نظری مفهوم نهفته است، در بر گرفته و برای هر بعد مالی، استخدامی، جسمی، اجتماعی، زمان حداقل یک سؤال دارد. اعتبار صوری و محتوایی ابزار توسط افراد متخصص تأیید گردید. این ابزار مشتمل بر ۱۳ گویه در قالب لیکرت ۴ سطحی است و دامنه نمرات در هر گزینه از یک تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ از یک (کم)، دو (متوسط)، سه (زیاد) و چهار (خیلی زیاد) طبقه بندی شده است. دامنه نمرات از ۱۳ تا ۵۲ می باشد. نمرات بالاتر از میانه، از مجموع ۱۳ آیتم، سطوح بالاتر فشار بار مراقبتی اطلاق می شود (۹).

پس از اتمام نمونه گیری، تجزیه و تحلیل داده ها با به کارگیری نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۶)، صورت گرفت. برای دستیابی به اهداف پژوهش از درصد فراوانی، آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون و با در نظر گرفتن سطح معنا داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی زنان مراقبت کننده $46/75 \pm 10$ سال و بیشترین گروه سنی مراقبت کنندگان (۳۸٪)، در مرحله میانسالی (۶۰-۵۱ سال) بودند. $75/3$ ٪ مراقبت کنندگان متأهل، $72/7$ ٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط، 82 ٪ خانه دار، $65/3$ ٪ سطح تحصیلاتی دیپلم و بالاتر و 66 ٪ از نظر نسبت خویشاوندی، دختر سالمند مبتلا به آلزایمر بودند که 24 ٪ مسؤسولیت مراقبت از سالمند خود را برای مدت ۱۲-۶ ماه به عهده داشتند (جدول شماره ۱).

همچنین یافته ها نشان داد که سلامت عمومی زنان مراقبت کننده با دامنه نمرات حداقل ۲ و حداکثر ۸۰ ($38/92 \pm 15/14$) بود و 24 ٪ مراقبین سلامت عمومی

مطلوب داشتند (جدول شماره ۲). در رابطه با فشار بار مراقبتی نتایج مطالعه نشان داد که فشار بار مراقبتی زنان مراقبت کننده با دامنه نمرات حداقل ۱۳ و حداکثر ۵۲ ($37/17 \pm 10/1$) بود و 62 ٪ از مراقبین فشار بار مراقبتی بالایی را داشتند (جدول شماره ۳). همچنین نتایج نشان داد که بین سلامت عمومی و متغیرهایی مانند سن، وضعیت اقتصادی، نسبت خویشاوندی، وضعیت اشتغال، تحصیلات و مدت مراقبت زنان مراقبت کننده از سالمند، در سطح معناداری $0/05$ ارتباط معناداری وجود داشت (جدول شماره ۴).

ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با هدف اصلی پژوهش " تعیین ارتباط سلامت عمومی و فشار بار

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
سن		وضعیت اشتغال	
زیر ۴۰ سال	۳۸ (۲۵/۳۳٪)	خانه دار	۱۲۳ (۸۲٪)
۴۱-۵۰ سال	۵۵ (۳۶/۶۶٪)	شاغل	۲۷ (۱۸٪)
۵۱-۶۰ سال	۵۷ (۳۸٪)		
M±SD	۴۶/۷۵±۱۰		
تأهل		وضعیت تحصیلات	
متأهل	۱۱۳ (۷۵/۳٪)	پایین تر از دیپلم	۵۲ (۳۴/۷٪)
مجرد و سایر	۳۷ (۲۴/۷٪)	دیپلم و بالاتر	۹۸ (۶۵/۳٪)
وضعیت اقتصادی		مدت مراقبت	
خوب و متوسط	۱۲۲ (۷۲/۷٪)	۶-۱۲ ماه	۳۸ (۲۴٪)
ضعیف	۲۸ (۲۷/۳٪)	۱۳-۲۴ ماه	۳۶ (۲۲/۶٪)
		۲۵-۳۶ ماه	۱۹ (۱۲/۶٪)
		۳۷-۴۸ ماه	۲۶ (۱۷/۳٪)
		۴۹ ماه به بالا	۳۱ (۲۰/۶٪)
		M±SD	۳۷/۵۲±۱۷/۳۱
نسبت خویشاوندی			
همسر	۲۹ (۱۹/۶۶٪)		
دختر	۱۰۰ (۶۶٪)		
عروس	۲۱ (۱۴/۳۳٪)		

جدول ۲: توزیع فراوانی نمره سلامت عمومی

در واحدهای مورد پژوهش	تعداد	درصد
مطلوب	۳۶	۲۴
متوسط	۸۸	۵۸/۶
نامطلوب	۲۶	۱۷/۳
جمع	۱۵۰	۱۰۰
M±SD	۳۸/۹۲±۱۵/۱۴	

دامنه نمرات کسب شده از سلامت عمومی بین ۲ تا ۸۰ می باشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی نمره فشار بار مراقبتی

در واحدهای مورد پژوهش	تعداد	درصد
فشار بار مراقبتی بالا	۹۳	۶۲
فشار بار مراقبتی پایین	۵۷	۳۸
جمع	۱۵۰	۱۰۰
M±SD	۳۷/۱۷±۱۰/۱	

*دامنه نمرات کسب شده از فشار بار مراقبتی بین ۱۳ تا ۵۲ می باشد.

جدول ۴: ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی با برخی متغیرهای دموگرافیک در واحدهای مورد پژوهش

متغیرهای دموگرافیک	سلامت عمومی	*P-value	متغیرهای دموگرافیک	فشار بار مراقبتی	P-value
ازمونی آماری	ازمونی آماری		آزمون آماری		
سن	ANOVA, f=3/184	P=0/043	سن	ANOVA, f=2/194	P=0/117
وضعیت تأهل	ANOVA, f=0/619	P=0/541	وضعیت تأهل	ANOVA, F=2/451	P=0/093
وضعیت اقتصادی	Independent T test, T=2/971	P=0/003	وضعیت اقتصادی	ANOVA, F=6/670	P=0/011
وضعیت خویشاوندی	ANOVA, f=5/780	P=0/004	وضعیت خویشاوندی	ANOVA, F=4/760	P=0/011
وضعیت اشتغال	Independent test, T=3/174,	P=0/002	وضعیت اشتغال	ANOVA, F=2/521	P=0/110
وضعیت تحصیلات	Independent test, T=2/56	P=0/010	وضعیت تحصیلات	$X^2=4/145$	P=0/050
مدت مراقبت	$X^2=9/366$	P=0/050	مدت مراقبت	$X^2=14/9$	P=0/005

سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

مراقبتی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر" نشان داد که بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی همبستگی معکوس معناداری وجود دارد ($r=-0/661$, $P=0/000$). یعنی با کاهش سلامت عمومی فشار بار مراقبتی افزایش می یابد و بر عکس.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که فقط در حدود یک چهارم، از زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر سلامت عمومی مطلوب داشتند و در حدود سه چهارم، از واحدهای مورد پژوهش سلامت عمومی متوسط و نامطلوب داشتند. یعنی اکثریت آنها از وضعیت سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات دیگر همسو می باشد (۱۵). چرا که ارایه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر، با تحلیل سلامتی، افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین و سطوح بالای تنیدگی همراه است (۲ و ۹). در مطالعات انجام شده، مراقبین از سالمندان براین اعتقاد بوده اند که مراقبت از سالمندشان باعث کاهش سلامتی آنها و سبب بروز خستگی روانی، فشار بار مراقبتی، بروز اختلالات روانی و در آنها شده است. آنها مراقبت از سالمند خود را تجربه ای پر استرس قلمداد نموده و اغلب خود را در رویارویی با استرس نا موفق می دانستند (۱۶). در برخی مطالعات مراقبین، مراقبت از بیمار مبتلا به

آلزایمر را به عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر نموده اند که باعث بروز مشکلات جسمی، روانی و عاطفی برای آنها شده بود (۱۷).

نتایج مطالعه نشان داد که مراقبینی که سن بالاتر، از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف تر، خانه دار، سطح تحصیلات پایین تر، مدت مراقبت طولانی تر و نیز مراقبینی که در نقش همسر فرد سالمند بودند، سلامت عمومی نا مطلوب تری را نشان دادند. همچنین نتایج نشان داد که بین فشار بار مراقبتی و متغیرهایی مانند تأهل، وضعیت اقتصادی، نسبت خویشاوندی و مدت مراقبت در سطح معناداری ۰/۰۵ ارتباط معنا داری وجود دارد. به این صورت که مراقبین مجرد، با وضعیت اقتصادی ضعیف تر، مدت مراقبت طولانی تر و نیز مراقبینی که در نقش همسر فرد سالمند بودند، فشار بار مراقبتی بیشتری را تجربه می کردند. از نظر اشتغال، سلامت عمومی در زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار وضعیت مطلوب تری داشت؛ لیکن، در مطالعه سال ۱۳۸۷ احمد نیا به منظور بررسی تأثیر اشتغال بر سلامت زنان انجام گرفت، مشخص شد که بین شرایط سلامت و بیماری در زنان شاغل و غیر شاغل ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. در مجموع افزایش استقلال اقتصادی، رضایت کلی از زندگی و حمایت و همراهی همسر، در جهت ارتقای سلامت زنان تأثیرگذار می باشد (۱۸). بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، در وضعیت اقتصادی ضعیف، سلامت

عمومی نا مطلوب تر از وضعیت اقتصادی متوسط و خوب بود. سیسک در سال ۱۹۹۹ در مطالعه خود در خصوص عوامل مرتبط با مراقبت عنوان نمود که چندین عامل بر روی سلامت مراقبین و رفتارهای بهداشتی آنان تأثیر می گذارد. سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی پایین، حس ترس و اضطراب، فقدان دانش در رابطه با خود مراقبتی، ناتوانی، عوامل فرهنگی، و نیازهای اعضای خانواده همه از جمله این عوامل می باشند (۱۹). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در همسران سالمند مبتلا به آلزایمر سلامت عمومی نامطلوب تر بود. گراسز در سال ۲۰۰۹ نیز در نتایج مطالعه خود، در مورد متغیرهای مرتبط با فشار بار مراقبتی در مراقبین غیر حرفه ای، بیان نمود که همسران فرد وابسته نسبت به فرزندان بزرگتر، بیشتر احساس می کنند که در مراقبت دادن از سالمند مبتلا به آلزایمر، عدم صلاحیت دارند (۴). یک توجیه برای چنین نتیجه ای می تواند این باشد که همسران سالمندان مبتلا به آلزایمر نسبت به سایر مراقبین، مسن تر می باشند و کمترین میزان سلامت عمومی درک شده را نسبت به سایر مراقبین دارند. بنابراین، حالات مختلف سلامتی ممکن است ناشی از سن آنها باشد.

تجربه فشار بار مراقبتی بالا در ۶۲٪ از جامعه مورد پژوهش مؤید این موضوع است که مراقبین غیر رسمی متحمل آسیب های روانی زیادی می شوند. در مطالعه محمدی در سال ۱۳۸۵ نیز، میزان قابل توجهی از مراقبین سالمند مبتلا به آلزایمر دارای فشار بار مراقبتی نسبتاً بالا بودند (۹). از آنجایی که برای بررسی فشار بار مراقبتی و گردآوری اطلاعات، ابزار مشابه در این پژوهش را به کار برده بودند، این نتایج با یافته های به دست آمده در پژوهش ما همخوانی داشت و قابل مقایسه است. در واقع این مراقبین غیر رسمی که اغلب به عنوان عضوی از خانواده و به علت فشار بار مراقبتی در گیر مشکلات و مسائل عدیده مرتبط با سلامتی خود می شوند (۱۵)، وجود ارتباط معنادار بین فشار بار مراقبتی و وضعیت تأهل در این

مطالعه با یافته محمدی و همکاران متناقض است. چراکه، در این پژوهش مراقبین مجرد بیشتر از متأهل فشار بار مراقبتی را گزارش نمودند. محمدی این فشار بار مراقبتی را در متأهلین بیشتر گزارش نمود (۹). احتمالاً این نتایج متناقض در این دو تحقیق، ناشی از تفاوت در حمایت اجتماعی است که از این مراقبین می شود و در پژوهش کنونی به آن پرداخته نشده است؛ چراکه، در زمانی که برای اعضای خانواده حمایت اجتماعی از سوی خانواده و جامعه فراهم شود، افراد فشار بار مراقبتی کمتری را متحمل می شوند.

در این مطالعه مراقبین با وضعیت اقتصادی بهتر فشار بار مراقبتی کمتری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه ساین اندرون و همکاران همسو می باشد. در مطالعه ساین اندرون، نتایج نشان داد که مراقبین با درآمد پایین و نیم رخ بهداشتی ضعیف، به خصوص فرزندان بزرگتر، فشار بار مراقبتی بالاتری داشتند (۲۰). البته، این موضوع که افراد با منابع اقتصادی کم تر و یا در آمد پایین تر، فشار بار مراقبتی بیشتری را تجربه کنند، منطقی به نظر می رسد. احتمالاً گروه های محروم از نظر اقتصادی - اجتماعی فشار بار مراقبتی بیشتری را متحمل می شوند.

یافته های مطالعه نشان داد که همسران سالمند مبتلا به آلزایمر نسبت به سایر مراقبین بیشترین فشار مراقبتی را متحمل می شوند. نتایج به دست آمده از مطالعه گراسز نیز نشان داد که همسران نسبت به فرزندان فشار بار مراقبتی بیشتری را متحمل می شوند (۴). به علاوه کارتر و نیز در سال ۲۰۰۸ بیان نمود همسران نسبت به فرزندان فشار بار مراقبتی بالاتری را تجربه می کنند. همچنین دختر و یا زن سالمند مبتلا به آلزایمر بودن هم در مقایسه با این که پسر و یا شوهر فرد مبتلا باشند، فشار بار مراقبتی بیشتری را تحمیل می کند و از این نظر با یافته های پژوهش ما توافق دارد (۲۱). مجموع از یافته های مرتبط با این مطالعات می توان این گونه برداشت نمود که فشار بار مراقبتی در میان همسران و دختران سالمندان

مبتلا به آلزایمر بیشتر می باشد. این موضوع ممکن است ناشی از وجود روابط عاطفی میان آنها نیز باشد.

همچنین در این مطالعه بین فشار بار مراقبتی و مدت مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر ارتباط معناداری وجود داشت. هرچه مدت مراقبت طولانی تر بود فشار بار مراقبتی نیز بیشتر تجربه می شد. البته، گاهی این مراقبت های طولانی مدت فرد، باعث عادت فرد و نیز برنامه ریزی بهتر مراقبت می شود. البته، ممکن است سبب بروز فرسودگی در فرد نیز شود. بر طبق نتایج آنالیز چندگانه بین فشار بار مراقبتی و خصوصیات فردی مراقب مشخص شده که زمان هفتگی طولانی تری که مراقبین برای مراقبت از سالمند خود اختصاص می دهند، سبب فشار بار مراقبتی بالاتر شده و همین امر نیز باعث بروز نتایج منفی در امر مراقبت می گردد. به عبارتی، زن بودن و نیز تعداد ساعات زیاد ارایه مراقبت، سبب فشار بار مراقبتی بالا در فرد مراقب و نیز بروز اثرات منفی در امر مراقبت می باشد (۴). ولیکن مطالعاتی نیز وجود دارند که بیان می نماید که مراقبت از افراد مبتلا به دمانس و آلزایمر در زمان طولانی با کاهش میزان فشار بار مراقبتی در آنها ارتباط دارد (۲۰ و ۲۱). تفاوت موجود در نتایج مطالعات مختلف را می توان با توجه به قدرت سازگاری افراد توجیه نمود، به عبارتی افرادی که قدرت سازگاری بیشتر دارند ممکن است با گذشت زمان فشار بار مراقبتی کمتری را متحمل شوند و افرادی که توانایی سازگاری کمتری دارند فشار بار مراقبتی بیشتری را گزارش می کنند.

یافته های مطالعه نشان داد که بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد، به گونه ای که با افزایش سلامت عمومی فشار بار مراقبتی کاهش می یابد و بالعکس. وضعیت سلامت نامطلوب مراقبین، درجه وابستگی فرد بیمار برای انجام کارهای روزانه و مشکلات خانوادگی - اجتماعی سه متغیری هستند که باعث افزایش فشار بار مراقبتی می

شوند (۴). همچنین مطالعات مرتبط نشان داده اند که فشار بار مراقبتی نیز بر سلامت جسمی و روانی مراقبین غیر رسمیت تأثیر دارد. این تأثیرات بر سلامت روانی مراقبین معمولاً به شکل افسردگی و اضطراب می باشد. (۲۱ و ۲۲ و ۲۳). رونل و همکاران در سال ۲۰۰۵ در این باره بیان می کنند که مراقبت از افراد مبتلا به آلزایمر در جامعه بسیاری مزایا هم دارد؛ اما، اغلب فشار بار مراقبتی و نیز استرس زیادی را بر مراقبین تحمیل می کند (۲۲). همچنین در مطالعه توموکو نیز این گونه مشخص شد که فشار بار مراقبتی مراقبین با سلامت روانی آنها ارتباط دارد. همچنین شیوع علایم افسردگی در میان مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر دو برابر جمعیت عادی می باشد (۲۴). البته مدت زمان ارایه مراقبت و همچنین اختلالات جسمی و شناختی فرد دریافت کننده مراقبت نیز در این میان اهمیت دارد که در پژوهش حاضر این موضوع در نظر گرفته نشده است.

مراقبت از بیمار ناتوان، مراقب را با مشکلات متعددی مواجه می کند. بنابراین، تجربه مراقبت ممکن است برای مراقبین استرس زا باشد و از نظر فیزیکی و روانی بر آنها تأثیر منفی بگذارد. ایجاد مشکلات روانی نظیر افسردگی برای مراقبین باعث افزایش دفعات و مدت بستری بیماران در مراکز مراقبتی درمانی و افزایش هزینه ها می شود. (۲۵ و ۹).

در این مطالعه، علی رغم این که امکان کنترل همه متغیرهای پژوهش وجود نداشت. نتایج پژوهش نشان داد که سلامت مراقبین از سالمندان مبتلا به آلزایمر یک مسأله بهداشتی مهم است که نیازمند توجه از سوی حرفه های بهداشتی و ارایه کنندگان خدمات بهداشتی می باشد و استراتژی های ارتقا دهنده سلامت این افراد باید به عنوان یک اولویت در مراقبت های بهداشتی در جامعه مورد توجه قرار بگیرد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، اکثریت زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر سلامت عمومی مطلوبی نداشته و فشار بار مراقبتی زیادی را

مراقبت ارایه شده به سالمندان خواهد شد. با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر، از نظر نوع پژوهش، یافته‌های تحقیق از تعمیم‌پذیری وسیعی برخوردار نبوده و یک ارزیابی کلی از سلامت کلی جسمی و روانی را به نمایش می‌گذارد؛ لذا، انجام مطالعات بعدی مداخله‌ای و نیز با جامعه پژوهشی مراقبین مرد نیز پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش به عنوان بخشی از یافته‌های مطالعه کارآزمایی بالینی حاصل از طرح پژوهشی می‌باشد و پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، و نیز انجمن حمایت از بیماران آلزایمر ایران سرکار خانم صالحی و سرکار خانم جهانگیری به ترتیب مدیریت و معاونت محترم و سایر کارکنان انجمن حمایت از بیماران آلزایمر ایران که پژوهشگران این مطالعه را یاری نموده‌اند، اعلام می‌داریم.

متحمل می‌شوند. در این مطالعه زنان مراقب با نقش همسر، خانه دار، وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، تحصیلات کم‌تر و مدت‌مراقبت طولانی‌تر وضعیت نامطلوب‌تری را گزارش نموده بودند. البته، در این زمینه به جز متغیرهای جمعیت‌شناختی، شیوه زندگی افراد نیز نقش عمده‌ای را در احساس بهروزی، رفاه و سلامت عمومی و کاهش فشار بار مراقبتی ایفا می‌کند. علی‌رغم این‌که در این مطالعه شیوه زندگی زنان مراقبت‌کننده مورد بررسی قرار نگرفت، شواهد نشان می‌دهند که بین سبک زندگی بهداشتی و وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد ارتباط دارد (۱۴).

نتیجه‌گیری

از آن‌جا که خانواده و مراقبین خانگی و به‌ویژه همسران و دختران می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر باشند، ارایه تسهیلات مراقبت خانواده محور از سوی ارگان‌های مربوط، موجب کاهش فشار بار مراقبتی، حفظ سلامت عمومی مراقبین در خانواده و در نهایت ارتقای کیفیت

References

1. Poor B, Poirrer GP. End of life nursing care. Boston. Janes& Bartlett. 2001: 187.
2. Kuzu N, Beser N, Zencir M, Sahiner T, Nesrin E, Ahmet EBinali C, Cagdas E. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. GeriatrNurs. 2005; 26(6): 378-86.
3. Malakouti K, Noori-GhgasemAbadi R, Taghavi M, Ahmadi-Abhari A, Nasre-Esfahani M, Afghe S et al. mental strain of caregivers of chronic mental patients and their need to curing and caring services. Journal of nursing. 2002; 6(2):1-10. [Persian]
4. Graces J, Carretero S, Rodenas F, Sanjose V. Variables related to informal caregivers burden of dependent senior citizens in Spain. Arch GerontolGeriatr. 2009; 48(3):372-9.
5. Bahri-Binabaj N, Moghimian M, Attarbashi M, Gharche M. correlation in occupational burnout and mental health in nursing and midwifery. J GonabadUniv Med Sci. 2004; 9(1): 99-101. [Persian]
6. Conway-Giustra F, Crowley A, Gorin SH. Crisis in caregiving: a call to action. Health Soc Work. 2002; 27(4):307-11.
7. Martire LM, Lusting AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? Health psychology. 2004; 23 (6):599-611.
8. Jansson W, Nordberg G, Grafstrom M. Patterns of elderly spousal in dementia care: an observational study. J AdvNurs. 2001; 34(6):804-12.
9. MohammadiShahbolaghi F. Self efficacy and burden of caregivers as family members of elderly with Alzheimer disease in Tehran. Journal of aging researches centre. 2006; 1: 26-33. [Persian]
10. Vadadhir AA, Sadati MH, Ahmadi B. women health view point of health journal in Iran. Journal of women research. 2008; 2(6): 133-55. [Persian]
11. Ahmadi B, Tabibi J, mahmoodi M. Structural managing pattern in women health development in Iran.

- Journal of social well-being. 2008; 5(21): 9-37. [Persia]
12. Rose L, Mallinson RK, Walton-Moss B. Barriers to family care in psychiatric setting. J NursScholarsh. 2004; 36(1):39-47.
 13. Soleimani MA, nasiriZiba F, KermaniZonemat, Hosseini F. Comparison of sleep quality in two groups of nurses with and without rotation work shift hours. Iran Journal of Nursing 2007; 20(49): 29-38. [Persian]
 14. Samimi R, MasrureRodsary D, Tamadonfar M, Hosseini F. Correlation between lifestyle and general health in university students. Iran Journal of Nursing. 2007; 19(48): 83-93. [Persian]
 15. Bastani F, Hosseiny R S, BaniAsad MM, Haqani H. investigation of general Health in women caregivers of elderly with Alzheimer. Salmand Iran J Aging. 2010; 5(17): 43-54. [Persian]
 16. Hosseiny R S, Bastani F, Sayahi S, MomenAbadi H, Alijanpoor M. The effect of educational-counseling program on general health of women as caregivers of patient with Alzheimer disease who were referee to Iran Alzheimer association. J Shahrekord Univ Med Sci 2011; 13(5): 83-92. [Persian]
 17. Takai M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, Oishi S, Miyaoka H. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. Arch GerontolGeriatr. 2009; 49(1):e 1-5.
 18. Ahmadnia SH. The effects of occupation on women health. Journal of social well-being. 2007; 12(3): 158-80.
 19. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of nursing studies 2000; 37 (1): 37-43.
 20. Andren S, Elmstahl S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. Int J Nurs Stud. 2007; 44(3):435-46.
 21. Carretero S, Graces J, Rodenas F, Sanjose V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. Arch GerontolGeriatr. 2009; 49(1): 74-9.
 22. McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. Nurs Health sci. 2005; 7(2): 81-91.
 23. Okamoto K, Harasawa Y. Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. Arch GerontolGeriatr. 2009; 49(1):138-41.
 24. Takano M, Arai H. Gender difference and caregivers' burden in early-onset Alzheimer disease. Psychiatrics. 2005; 5(3): 73-7.
 25. Williams-McNealy ShD. African American Caregiver's Level of Knowledge about Alzheimer's Disease and Dementia and its

Relationship between general health and burden in female caregivers of patients with Alzheimer disease

Raziye Sadat Hosseiny.,

P.H.D gerontology student, Iranian research center of aging. The University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Masooma alijanpoor agha maleki.,

Msc in midwifery, nursing and midwifery school, Isfahan medical sciences university, Isfahan, Iran.

Faride Bastani.,

Associated Professor in Health education, School of Nursing And Midwifery, aging Dept, Iran university of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Somaye Saleh Abadi.,

Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran .

Sima Ghezelbash.,

Nursing lecture, Ardebil University of medical science, school of nursing and midwifery, Ardebil, Iran.

Received:04/04/2014, Revised:17/07/2014, Accepted:27/09/2014

Correspondence Author:

Faride Bastani,
Ph.D.assistant professor of health promotion, aging department of nursing and midwifery school, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran.
E-mail: bastani.f@iums.ac.ir

Abstract

Background and aim: providing care of patient with Alzheimer disease in long term associates with an increase in physical and mental health problems for caregivers. The study purpose was to assess the relationship between general health and burden in women as caregivers of patient with Alzheimer disease.

Material and Methods: In this cross sectional and study, 150 women who had 18-60 years old and were the first-degree relatives of elderly patient with Alzheimer and also being direct caregivers for at least six months were selected through the convenience method. The data were collected using general health and burden questionnaire and then analyzed using by SPSS 16 and some tests like independent T-test, ANOVA and Regression analysis with Pvalu of .05.

Results: The results indicated that 38% of caregivers were in a range age of 51-60 years old. In addition, 75.3% of theme were married and 72.7% had moderate economic status, 82% were house holder, 65.3% of them had diploma education, and 66% were elder's daughter and took care of their old patients for 6-12 months. Results showed that 24% of participants were in a good level of general health and 62% experienced a high level of burden. Pearson's correlation coefficient created a significant negative correlation between general health and burden ($r = -0.661$, $P < 0.000$).

Conclusion: According to the correlation between level of general health and burden in this study, health level of care providers is an important health problem requiring to receiving attention from healthy services and professions as a priority in health caring.

Key words: Elderly People, Alzheimer Disease, Caregiver, General health, burden